

FORMULARIO D'ISCRIZIONE

corso di ginnastica respiratoria per persone adulte

Nome e Cognome	
Via	
NAP domicilio	
Data di nascita	
Telefono	
Medico curante	

Ha già partecipato a un corso di ginnastica respiratoria?

Se sì, dove? _____

Pratica attività sportive?

Se sì, quali? _____

Luogo e data: _____ Firma _____

CERTIFICATO MEDICO

Diagnosi:

1. Apparato respiratorio :

2. Apparato cardiocircolatorio :

3. Pressione arteriosa:

4. Il paziente è stato sottoposto negli ultimi mesi a interventi chirurgici ? SI NO

5. Il paziente può partecipare al corso di ginnastica respiratoria ? SI NO

6. Terapia inalatoria : _____

7. Misure particolari da adottare: _____

Luogo e data

Timbro e firma del medico